

## Coûts de la non-qualité dans les établissements des soins de santé : à propos d'une observation

Frank N. Nduu<sup>1</sup>, Romain N. Shindano<sup>2</sup>, Claudine K. Samba<sup>3</sup>, Norbert Y. Naweji<sup>3</sup>,  
Freddy K. Kintambo<sup>3</sup>, Aléxis A.K. Kambaji<sup>3</sup>, Christian N. Nduwa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institut d'Etudes et Recherches pour la Qualité en Santé (IREQS), Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Institut Supérieur des techniques Médicales de Lubumbashi. Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>3</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) Kolwezi, Kolwezi, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Introduction.** Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) surviennent aussi bien dans les établissements des soins des pays riches que dans ceux des pays en développement. Les préjudices qu'ils peuvent causer aux patients, ne se limitent pas seulement aux infections nosocomiales, aux séquelles ou encore aux décès. Leurs conséquences peuvent être aussi économiques. En effet, les dépenses médicales supplémentaires (dues aux événements indésirables qu'entraînent des hospitalisations prolongées, une perte de revenu, des incapacités et des procédures judiciaires) coûtent à certains pays plusieurs milliards de dollars par an. La présente étude s'est fixée pour objectif d'illustrer la problématique des dépenses de santé supplémentaires consécutives à des défauts de qualité de soins afin d'inviter les parties prenantes aux soins de santé – en l'occurrence les établissements de soins, les prestataires et les usagers – à la mise en place des systèmes et procédures qui garantissent aux patients des soins plus sûrs.

**Matériel et méthodes.** Nous avons procédé à une revue complète du dossier médical d'une parturiente ayant subi une césarienne dans la clinique Aurore (le nom de la clinique a été changé, les responsables n'ayant pas autorisé sa divulgation) de Lubumbashi. Un matériel de soins a été oublié dans sa cavité abdominale de sorte qu'elle a dû être réopérée plusieurs semaines après de nombreuses consultations et explorations sur des plaintes des douleurs et fièvres.

Par la suite, nous avons examiné et évalué les coûts directs médicaux de la non-qualité selon la perspective du client.

**Résultats.** Alors que les coûts médicaux directs étaient de 1 333,13 Dollars américains lors du premier épisode des soins, les diverses prestations des soins destinées à corriger le défaut de qualité ont entraîné, pour la patiente, des coûts supplémentaires évalués à 7 693,65 Dollars américains, soit un taux d'accroissement de 477,11%.

**Mots-clés :** Sécurité des soins, qualité, événement indésirable associé aux soins, Lubumbashi, République démocratique du Congo.

### Introduction

Il est admis aujourd'hui que les systèmes de prestation de soins sont complexes et propices aux erreurs. Les préjudices causés aux patients par les manifestations

indésirables constituent l'une des 10 principales causes de décès et de handicap dans le monde.


Selon les données disponibles, chaque année, 134 millions de manifestations indésirables dues à des soins dangereux surviennent dans les hôpitaux des pays à

### Correspondance:

Frank N. Nduu, Institut d'Etudes et Recherches pour la Qualité en Santé (IREQS), Lubumbashi, République Démocratique du Congo.  
Téléphone: +243 998 189 012 - Email: franknduu@yahoo.fr

Article reçu: 26-12-2020      Accepté: 03-02-2021

Publié: 23-03-2021

 Copyright © 2021. Frank N. Nduu et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Nduu FN, Shindano RN, Samba CK, Naweji NY, Kintambo FK, Kambaji AAK, Nduwa CN. Coûts de la non-qualité dans les établissements des soins de santé : à propos d'une observation. Revue de l'Infirmier Congolais. 2021;5(1):22-27.

revenu faible ou intermédiaire et contribuent à 2,6 millions de décès. Les deux tiers environ de la charge mondiale des manifestations indésirables consécutives à des soins dangereux, y compris les années de vie ajustées sur l'incapacité perdues, concernent les pays à revenu faible ou intermédiaire [1]. Dans les pays à revenu élevé, les estimations montrent qu'environ un patient sur 10 subit un préjudice tandis qu'il reçoit des soins à l'hôpital, beaucoup en meurent et d'autres gardent des séquelles invalidantes pour la vie.

Aux Etats-Unis d'Amérique, un Américain sur cinq déclare avoir personnellement subi une erreur médicale pendant qu'il recevait des soins de santé [2].

Ainsi que le reconnaît le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans un rapport consacré à la sécurité des patients : « On admet aujourd'hui que la sécurité des patients est un défi de plus en plus grand pour la santé publique mondiale. Les efforts déployés dans le monde pour alléger la charge des préjudices causés aux patients n'ont pas apporté de changement notable ces 15 dernières années malgré des innovations dans certains établissements de soins. Les mesures de sécurité – même celles mises en œuvre dans les pays à revenu élevé – ont eu un effet limité ou variable, et la plupart d'entre elles n'ont pas été adaptées pour pouvoir être appliquées avec succès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [1].

Les tragiques conséquences des soins dangereux sont aussi économiques. Les données disponibles semblent indiquer que, dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), 15 % des dépenses et des activités des hôpitaux sont attribuables à la prise en charge des problèmes de sécurité [1]. Les soins de mauvaise qualité coûtent de 1,4 billion à 1,6 billion de dollars américains par an en pertes de productivité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [1].

Les erreurs relatives aux médicaments sont l'une des principales causes de lésion et de préjudice évitable dans les systèmes de santé. A l'échelle mondiale, on estime à 42 milliards de dollars américains par an le coût qui lui est associé [3].

Les dépenses médicales supplémentaires (dues aux événements indésirables qu'entraînent des hospitalisations prolongées, une perte de revenu, des incapacités et des procédures judiciaires) ; coûtent à certains pays plusieurs milliards de dollars par an. On estime ainsi à 335 millions des dollars américains les dépenses médicales directes imputables aux seules

injections pratiquées dans des conditions dangereuses [4].

Par ailleurs, les coûts socio-économiques imputables à des soins de faible qualité, notamment en termes d'incapacité prolongée, de déficience et de perte de productivité, se chiffrent en milliers de milliards de dollars chaque année [5].

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) représentent non seulement un problème de sécurité et de qualité des soins pour les patients, mais également un problème économique puisque leurs conséquences financières peuvent être importantes [6].

Inspirée du monde industriel, la classification des coûts de qualité dans le domaine de la santé et notamment dans les établissements des soins de santé, comporte trois composantes [7] :

- Les coûts de prévention des défauts de qualité des soins : ils se rapportent, notamment, aux activités ou interventions prises en amont et visant à améliorer la qualité des soins (formation du personnel, activités des équipes de qualité, démarche qualité, diffusion des recommandations des pratiques cliniques ou des protocoles, achat des matériels et d'équipements dédiés spécifiquement à la prévention des défauts de qualité) ;
- Les coûts de mesure de défauts de qualité des soins (coûts de signalements des Evènements Indésirables Associés aux Soins, des audits cliniques ou des interventions d'évaluation interne ou externe des défauts de qualité, etc.) ;
- Les coûts liés directement aux défauts de qualité des soins et à leur correction appelés encore coûts de la non qualité.

Ceux-ci peuvent être évalués selon diverses perspectives, sous l'angle des établissements des soins ou celui du patient.

Les défauts de qualité en établissement des soins de santé se répartissent à leur tour en 3 catégories selon la classification empruntée à Institute Of Medicine (IOM) des Etats-unis [8], à savoir :

- La sous-utilisation des ressources (le manque des soins) qui correspond à la non-délivrance d'un soin qui aurait abouti à un résultat favorable pour le patient. Exemple : non traitement d'une douleur, démarrage tardif des soins prénataux au cours d'une grossesse.

- La sur utilisation des ressources (excès des soins) correspond à la délivrance d'un soin dont les effets négatifs l'emportent sur les bénéfiques possibles.
- Les défauts de réalisation d'un soin adéquat (ni sur ni sous-utilisation) entraînant un EIAS évitable.

La présente étude s'est fixée pour objectif d'illustrer la problématique des dépenses de santé supplémentaires consécutives à des défauts de qualité de soins afin d'inviter les parties prenantes aux soins de santé – en l'occurrence les établissements de soins, les prestataires et les usagers - à la mise en place des systèmes et procédures qui garantissent aux patients des soins plus sûrs.

### Matériel et Méthodes

Nous avons procédé à une revue complète du dossier médical d'une parturiente admise dans la clinique Aurore (le nom de la clinique a été changé, les responsables n'ayant pas autorisé sa divulgation) de Lubumbashi pour un accouchement prétendument eutocique. Ayant subi une césarienne indiquée suite une « souffrance fœtale aigue sur défaut d'engagement », elle a dû être réadmise en hospitalisation six semaines plus tard en vue d'une laparotomie exploratrice après que l'équipe médicale a découvert qu'une compresse ouatée avait été oubliée dans sa cavité abdominale lors de l'intervention précédente (césarienne). Durant le second séjour à l'hôpital, une infection pariétale est venue compliquer les suites opératoires.

Par la suite, nous avons examiné, en détails, les coûts de ces deux épisodes des soins sous la perspective de la patiente (angle de la patientèle) en comparant ceux du premier épisode (Césarienne) au regard de la facture détaillée éditée à cet effet, et ceux du second épisode (soins en ambulatoire ayant conduit à la mise en évidence du textilome et la prise en charge en hospitalisation) au regard de la facture détaillée éditée en sus de la première.

Les coûts de la non-qualité ont été évalués selon la perspective du client et non celui de l'établissement des soins.

### Résultats

L'acte de césarienne et celui d'anesthésie ont coûté ensemble 750,00 Dollars américains, soit 57,12% de l'ensemble des coûts de la prise en charge. Deux consultations, l'une médicale et l'autre anesthésique, ont été réalisées pour un coût de 40 dollars américains soit 3,00% du coût global. L'hospitalisation a coûté

15,00% du coût, les analyses de laboratoire 3,48%, les soins infirmiers 13,99% et les produits pharmaceutiques 8,19%. La prise en charge initiale a coûté en tout 1 333,13 Dollars américains (*tableau 1*).

Les soins consommés en ambulatoire après sa sortie d'hôpital ont coûté à la patiente 756,35 dollars américains dont 21,15% en consultations médicales et anesthésique, 62,14% en explorations d'imagerie (scanner et échographies), 7,21% en analyses de laboratoire; 2,3% en soins infirmiers et 7,12% en produits pharmaceutiques (*tableau 2*).

Les explorations de l'épisode précédent en ambulatoire ont permis de mettre en évidence un textilome (une compresse oubliée dans la cavité abdominale lors de la césarienne), ce qui a conduit l'équipe médicale à effectuer une deuxième intervention chirurgicale (laparotomie exploratrice). Les suites opératoires se sont compliquées d'une grosse collection pariétale/péritonéale fistulisée dont il a fallu effectuer une incision et un drainage sous anesthésie générale 16 jours après la laparotomie exploratrice (*tableau 3*).

Les actes chirurgicaux et anesthésiques de cet épisode ont coûté 900,10 Dollars américains soit 12,89% de l'ensemble des coûts de cet épisode.

Les consultations médicales en pré et post opératoire ont coûté 100 dollars américains (1,44%).

Avec 29 journées réalisées en hospitalisation, la rubrique hôtellerie a coûté 3 625 dollars américains soit 52,25% de l'ensemble des coûts.

Les actes des soins infirmiers ont coûté 1 295,40 dollars américains (18,67%). Les produits pharmaceutiques consommés ont quant à eux coûté 780,12 dollars américains (11,25%) (*tableau 3*).

Les soins de mise au point et de correction réalisés à la fois en ambulatoire et en hospitalisation de la patiente ont connu un taux d'accroissement de près de 5 fois le coût initial soit 477,11% (*Figure 1*).

Les actes anesthésiques et chirurgicaux connaissent respectivement un accroissement de 100% et 7,71%. Les coûts des consultations médicales et anesthésiques augmentent de 549,95%, l'hôtellerie augmente de 1712,50%, ceux des soins infirmiers augmentent de 604,42% et ceux des analyses de laboratoire augmentent de 363,58%. Les produits pharmaceutiques connaissent un accroissement de 663,74% (*Figure 1*).

**Tableau 1. Coût des soins du premier épisode**

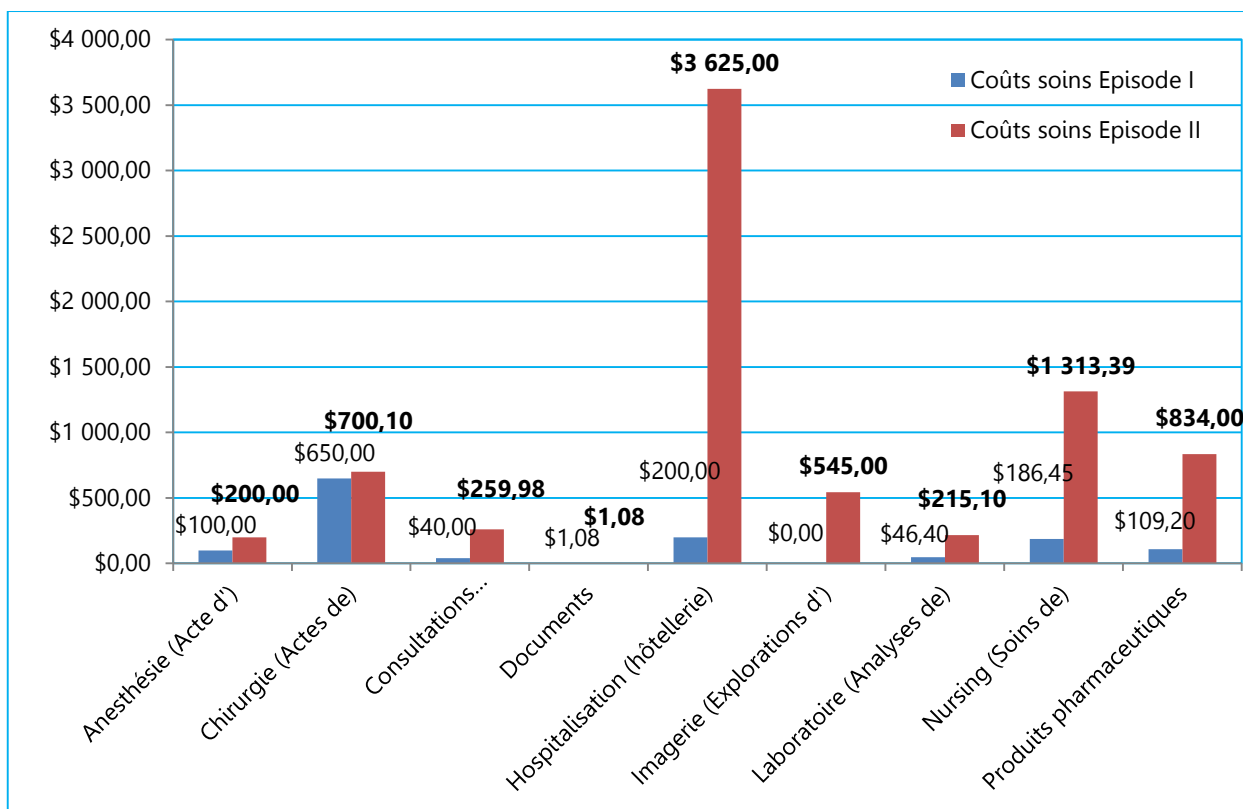
Désignation	Nombre	Coût unitaire/USD	Coût total/USD	Taux
Anesthésie (Acte d')	1	\$100,00	\$100,00	7,50%
Chirurgie (Césarienne sous anesthésie générale)	1	\$650,00	\$650,00	48,76%
Consultations médicales/anesthésiques	2	\$20,00	\$40,00	3,00%
Documents	2	\$0,54	\$1,08	0,08%
Hospitalisation (hôtellerie)	8	\$25,00	\$200,00	15,00%
Imagerie (Explorations d')	0	\$0,00	\$0,00	0,00%
Laboratoire (Analyses de)	8	\$5,80	\$46,40	3,48%
Nursing (Soins de)	11	\$16,95	\$186,45	13,99%
Produits pharmaceutiques	35	\$3,12	\$109,20	8,19%
<b>TOTAL</b>			<b>\$1 333,13</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau 2. Coût des soins du second épisode (partie ambulatoire)**

Désignation	Nombre	Coût unitaire/USD	Coût total/USD	Taux
Anesthésie (Acte d')	1	\$0,00	\$0,00	0,00%
Chirurgie (Acte de)	0	\$0,00	\$0,00	0,00%
Consultations médicales/anesthésiques	7,5	\$21,33	\$159,98	21,15%
Documents médicaux	0	\$0,00	\$0,00	0,00%
Hospitalisation (hôtellerie)	0	\$0,00	\$0,00	0,00%
Imagerie (Explorations d')	2	\$235,00	\$470,00	62,14%
Laboratoire (Analyses de)	10	\$5,45	\$54,50	7,21%
Nursing (Soins de)	7	\$2,57	\$17,99	2,38%
Produits pharmaceutiques	12	\$4,49	\$53,88	7,12%
<b>TOTAL</b>			<b>\$756,35</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau 3. Coût des soins du second épisode (partie de l'hospitalisation)**

Désignation	Nombre	Coût unitaire/USD	Coût total/USD	Taux
Anesthésie (Acte d')	2	\$100,00	\$200,00	2,88%
Chirurgie (Laparotomie exploratrice)	1	\$500,00	\$500,00	7,21%
Chirurgie (Incision et drainage d'un abcès)	1	\$200,10	\$200,10	2,88%
Consultations médicales/anesthésiques	4	\$25,00	\$100,00	1,44%
Documents médicaux	2	\$0,54	\$1,08	0,02%
Hospitalisation (hôtellerie)	29	\$125,00	\$3 625,00	52,25%
Imagerie (Explorations d')	3	\$25,00	\$75,00	1,08%
Laboratoire (Analyses de)	22	\$7,30	\$160,60	2,32%
Nursing (Soins de)	340	\$3,81	\$1 295,40	18,67%
Produits pharmaceutiques	788	\$0,99	\$780,12	11,25%
<b>TOTAL</b>			<b>\$6 937,30</b>	<b>100,00%</b>



**Figure 1. Coûts des soins épisode I versus épisode 2**

### Discussion

Le textile a constitué un EIAS, de ce fait, il signe un défaut de qualité de la procédure initiale du soin de la césarienne. Il en est de même de l'infection du site opératoire survenue dans les suites opératoires de la chirurgie de correction (laparotomie exploratrice) [8]. Ce défaut de qualité des soins administrés a entraîné pour la patiente des coûts supplémentaires directs, indirects et intangibles.

Dans la présente étude, les coûts directs médicaux comprenaient l'ensemble des charges financières découlant directement de l'action thérapeutique comme les frais des consultations médicales, d'hospitalisation, des analyses de laboratoire, des explorations d'imagerie, des soins infirmiers ou encore des médicaments. Ils ont été évalués à 7 693,65 Dollars américains. Dans leur article publié dans la revue *Journal of health care Finance*, Charles Andel et ses collègues rapportant une étude réalisée en 2008, écrivaient que les erreurs médicales avaient coûté aux États-Unis 19,5 milliards de dollars et qu'environ 87% soit 17 milliards, étaient directement associés à des coûts médicaux supplémentaires, notamment les services auxiliaires, les médicaments, les hospitalisations et les soins ambulatoires [9].

Les coûts directs non médicaux c'est-à-dire ceux provoqués par la maladie mais qui n'entraînent pas la consommation d'un service médical, comme les frais de transport pour se rendre à l'hôpital et en venir, ou encore les frais de communication pour prendre rendez-vous par exemple ; n'ont pas été analysés dans cette étude. Il en est de même des coûts dits indirects c'est-à-dire ceux qui sous entendent la perte de production liée à la maladie et/ou à l'utilisation d'une procédure thérapeutique.

Quoique présents, les coûts intangibles, c'est-à-dire ceux liés à la perte de bien-être et de qualité de vie vécue par la patiente (stress, anxiété, douleur, insomnie, gêne provoquée par le traitement) ; ont été difficiles à évaluer car ne donnant pas lieu à des flux financiers [8].

Ainsi que le reconnaît l'OMS qui cite le rapport intitulé *Delivering Quality Health Services – a Global Imperative for Universal Health Coverage*, « les maladies associées à des soins de mauvaise qualité font peser des dépenses supplémentaires sur les familles et les systèmes de santé. » [10].

### Conclusion

Les erreurs médicales sont, partout dans le monde, responsables de nombreux préjudices pour les malades.

Ceux-ci vont des infections nosocomiales aux décès en passant par les complications ou les surcoûts des soins. Les données factuelles établissent clairement que « les erreurs humaines sont rarement commises par négligence, mais résultent plutôt de défauts ou de dysfonctionnements des systèmes, des procédés et des procédures avec lesquels les acteurs humains travaillent ». Autrement dit, l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements des soins passe essentiellement par une approche structurelle, par la mise en place des règles et procédures adéquates plutôt que par des actions isolées. L'élaboration par l'établissement des soins, d'une charte de politique qualité devant servir de boussole à toute action d'amélioration de la qualité des

services paraît être une démarche concrète en vue d'améliorer durablement la qualité des soins et la sécurité des patients.

---

*Conflicts d'intérêt : Aucun.*

### Contribution des auteurs

Frank Nduu Naweji a conçu l'étude et rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du texte.

### Remerciements

Nous remercions les responsables de la clinique Aurore pour avoir permis la réalisation de cette étude en son sein.

### Références

1. OMS, Sécurité des patients. Action mondiale pour la sécurité des patients. Rapport du Directeur Général EB144/29 du 11 décembre 2018. Genève : OMS ; 2018. Accessible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB144/B14\\_4\\_29-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B14_4_29-fr.pdf) consulté le 11 février 2019.
2. NORC at the University of Chicago and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Americans' Experiences with Medical Errors and Views on Patient Safety. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and NORC at the University of Chicago; 2017.
3. Aitken, Murray and Gorokhovich, Lyudmila, Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change (September 17, 2012). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2222541> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2222541>, consulté le 05 avril 2019.
4. Organisation mondiale de la santé. La sécurité des patients. Genève : OMS ; 2009. Accessible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
5. OMS, Communiqué de presse du 05 juillet 2018 Genève consulté le 11 avril 2019 sur <https://www.who.int/fr/news-room/detail/05-07-2018-low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>.
6. Nestrigue C et Or Z. Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France. Irdes, DT n° 44 du Février 2012. Accessible sur : <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT44EstimationSurcoûtsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf>.
7. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions. CCECQA- anaes/service évaluation économique. 2004.
8. Saillour-Glenisson F, Préaubert N & et al. Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé, Presses de Sciences Po | « Les Tribunes de la santé » 2008 ;3(20) : 85-96.
9. Charles Andel, Stephen L. Davidow, Mark Hollander, and David A. Moreno, The Economics of Health Care Quality and Medical Errors Journal of Health Care Finance..., PubMed.gov. J Health Care Finance. Fall 2012 ;39(1) :39-50. Accessible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23155743/>
10. <https://www.who.int/fr/news/item/05-07-2018-low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally> consulté le 16 février 2021
11. Nduu F. Politique de qualité santé. Guide pratique à l'intention des établissements des soins de santé. 2<sup>ème</sup> édition augmentée. Edition Talenta, Lubumbashi, 2020.